

## VU Research Portal

### Gaat u zitten: Over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten.

Takens, R.J.; Duinkerken, N.

#### ***published in***

Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie  
2004

#### ***document version***

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

#### ***citation for published version (APA)***

Takens, R. J., & Duinkerken, N. (2004). Gaat u zitten: Over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten. *Tijdschrift voor Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42(1), 18-30.  
<http://www.tcgp.nl/pdf/4201018.pdf>

#### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

#### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)

---

# ‘Gaaf u ziffen’. Over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten

Roelf Jan Takens en Nienke Duinkerken\*

## Samenvatting

*In dit artikel wordt verslag gedaan van een drietal wetenschappelijke avonden die de VCgP organiseerde over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten. Met name worden de uitkomsten van een enquête, die telkens aan het begin van de bijeenkomsten aan de aanwezigen werd uitgereikt, gepresenteerd. De eerste avond stond in het teken van de start van de behandeling. De tweede bijeenkomst was gericht op wat zich gedurende de therapie afspeelt. De derde avond was gewijd aan de afsluiting van de therapeutische ontmoeting.*

## Inleiding

Onder de titel ‘Gaaf u ziffen’ organiseerde de Wetenschappelijke Commissie van de VCgP in 2001 een drietal goedbezochte avonden over de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten. Centraal stond de vraag hoe cliëntgerichte psychotherapeuten hun therapieën structureren. Een wisselend forum van praktiserende psychotherapeuten liet daar zijn licht over schijnen, gevolgd door een doorgaans geanimeerde discussie met het aanwezige publiek.

In de eerste bijeenkomst werd het begin van de therapie onder de loep genomen: hoe verloopt de eerste zitting, welke informatie wordt aan cliënten verstrekt, wat voor afspraken worden gemaakt? Maar ook: wanneer besluit men een cliënt *niet* in therapie te nemen?

Tijdens de tweede bijeenkomst werden de forumleden ondervraagd over de wijze waarop zij hun therapieën leiden. Doen zij dat volgens een bepaald stramien? En hoe houden zij de gang er in? Niet iedere cliënt zal zich even gemakkelijk aan de al dan niet geëxpliciteerde regels van de therapie houden. Sommigen ontwikkelen weerstanden, anderen werken onbedoeld tegen. Wat is

---

\* Dr. Roelf Jan Takens, klinisch psycholoog-psychotherapeut, is werkzaam bij de afdeling Klinische Psychologie van de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij is opleider, supervisor en leertherapeut van de Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie en heeft een eigen praktijk in Ouderkerk aan de Amstel.

Drs. Nienke Duinkerken studeerde klinische psychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. In het kader van haar doctoraalscriptie verrichtte zij het onderzoek waarover hier gerapporteerd wordt.

het antwoord van de cliëntgerichte psychotherapeut op dit soort reacties?

De derde, tevens laatste avond, stond in het licht van de afsluiting van het psychotherapeutisch proces. Hoe doen cliëntgerichte psychotherapeuten dat? Wanneer is een psychotherapie voltooid? Wie neemt het initiatief tot afronding: de cliënt of de psychotherapeut? En volgen er nog follow-up-gesprekken, of is het contact dan definitief voorbij?

### Theorie en praktijk

Over de daadwerkelijke psychotherapeutische praktijkvoering wordt eigenlijk maar weinig geschreven. Schagen deed er in de jaren tachtig van de vorige eeuw onderzoek naar (Schagen, 1985) en kwam tot soms verrassende uitkomsten. Bijvoorbeeld dat therapeuten in de praktijk niet doen wat ze zeggen te doen en dat de theoretische richtingen in de praktijk vaak moeilijk te onderscheiden zijn, waarbij 'het eclectisch bezig zijn soms lijkt op een allegaartje als bij een en dezelfde patiënt diverse therapievormen achtereenvolgens en soms overlappend geprobeerd worden' (p. 106).

Natuurlijk bestaan er wel (veel) theorieën over het psychotherapeutisch proces als zodanig, maar die gaan dan over de *psychologische* kant van de zaak (wat zich mogelijk in de cliënt afspeelt, eventueel ook bij de therapeut en in de interactie tussen beiden) en meestal niet over het concrete handelen (*ook in letterlijke zin*: geef je de cliënt bij aanvang en vertrek altijd een hand, leg je wel eens een arm om cliënts schouder?). Het dagelijkse handwerk moeten we vooral in de praktijk zelf leren, met en zonder supervisie/intervisie. Alleen daarom al is psychotherapie een echt ambacht.

In deze bijdrage wordt verslag gedaan van hetgeen uit de drie bijeenkomsten in 2001 naar voren is gekomen ten aanzien van de praktijkvoering van cliëntgerichte psychotherapeuten. Daarbij is gebruik gemaakt van een vragenlijst die aan het begin van elke bijeenkomst aan de aanwezigen werd uitgereikt en vragen bevatte die dezelfde avond door de voorzitter van het forum ter discussie werden gesteld<sup>1</sup>.

Aan het forum werd telkens door een viertal collegae, werkzaam in diverse settings, deelgenomen. In de zaal zaten steeds zo'n vijftig belangstellenden, uiteraard niet bij alle drie gelegenheden dezelfde. We ontvingen van hen respectievelijk 34, 38 en 37 ingevulde vragenlijsten retour, waarmee de response rate op zo'n 75% gesteld kan worden. De sekse van de aanwezigen was redelijk verdeeld. Opvallend was de hoge gemiddelde leeftijd van de aanwezigen en daaraan gepaarde werkervaring. Was de gemiddelde leeftijd 52 (sd = 6.8), respectievelijk 51 (sd = 8.3) en 54,5 (sd = 6.6) jaar, gemiddeld zat men ruim twintig jaar in het vak (M respectievelijk 20½, 20 en 23 jaar met een standaarddeviatie van respectievelijk 7.2, 6.8 en 6.3 jaar). Waarschijnlijk is dit 'senioren'publiek echter wel representatief voor het vergrijzende ledenbestand van de VCgP (hierop is ook door anderen geattendeerd, maar er bestaan geen cijfers over), hetgeen de validiteit van de uitkomsten van de enquête ten goede komt. Ten aanzien van de werkomgeving (zie tabel) valt op dat een groot deel van de geënquêteerden in eigen praktijk werkzaam is en/of in een andere ambulante setting zoals het RIAGG en maar weinigen in een intramurale omgeving.

Bijna een kwart van cliëntèle wordt als 'licht neurotisch' getypeerd, ongeveer eenzelfde aantal als 'behoorlijk gestoord' en slechts 3% als 'zwaar gestoord'; zo'n 30% van de cliënten bezit een persoonlijkheidsstoornis, terwijl ongeveer 15% voor psychosomatische problemen hulp zoekt.

Tabel 1

Werkomgeving	1 <sup>e</sup> bijeenkomst (n = 34)	2 <sup>e</sup> bijeenkomst (n = 38)	3 <sup>e</sup> bijeenkomst (n = 37)
Eigen praktijk	46%	43 %	47 %
RIAGG/ambulant	26%	42%	43 %
Intramuraal	18%	9%	4 %
Overig	10%	5%	6%

## Het begin van het therapeutische contact

Leijssen (1995) releveert over het allereerste contact met de cliënt: *'Bij het betreden van mijn bureau wijs ik de kapstok en geef ik aan op welke stoel de cliënt kan gaan zitten. Er staan drie dezelfde comfortabele leunstoelen, opgesteld in een driehoek, op ongeveer anderhalve meter van elkaar. De ruimte tussen de stoelen is niet opgevuld door een tafel of ander meubilair. (...) Ik nodig de cliënt uit om eerst even de tijd te nemen om gemakkelijk te gaan zitten, op adem te komen, te wennen aan de nieuwe omgeving...*

*(...) Een uitnodiging van mijn kant in de zin van 'vertel eens wat u hier brengt' opent de gespreksruimte voor de cliënt' (p. 13).*

Aan de wijze van ontvangen van de cliënt hecht zij grote waarde: *'... ik maak duidelijk oogcontact, ik geef met mijn volle aandacht een hand en ik noem de cliënt nadrukkelijk bij de naam. Op het einde van de sessie neem ik op vergelijkbare wijze afscheid van de cliënt, ongeacht wat er gebeurt is tijdens de sessie'.* Hiermee bevestigt zij als het ware onmiddellijk het bestaan van de cliënt. Lietaer (1986) vindt het vooral van belang dat de cliënt zich goed opgevangen voelt. Naast dit relatievormend aspect, waarbij de therapeutische grondhoudingen van respect, aanvaarding en empathie een centrale rol spelen, noemt Lietaer het verzamelen van informatie en het motiveren van de cliënt als twee andere belangrijke doelstellingen van de intake. Maar *'als cliëntgericht therapeut laat ik het relatievormend aspect overwegen op het informatie-inwinnend aspect'* (Lietaer & Vertommen, 1986, p. 128). Het gaat hem er om *'(...) dat het intakegesprek (de cliënt) een voorsmaak geeft over wat therapie zou kunnen betekenen, dat mijn cliënt reeds tijdens dit eerste gesprek kan ondervinden dat "praten met een therapeut" helpt'* (p. 128).

Doorgaans omvat de intake meerdere gesprekken. Hamelinck en Van Audenhove (1991) gaan uit van een drietal gesprekken, waarin achtereenvolgens het creëren van een vertrouwensrelatie, overleg over de hulpvraag en het bereiken van consensus over de concrete hulpverleningsvorm, centraal staat.

Hoe gaan cliëntgerichte psychotherapeuten daar in de praktijk mee om? Beschouwen zij de intake puur als een ontmoeting of hechten zij ook (veel) belang aan het informatie-inwinnend aspect? En hoe winnen zij die informatie in? Ook bij vorige hulpverleners, zo die er zijn geweest? Maken zij gebruik van psychologische tests om op een 'efficiënte' wijze inzicht in de persoon(lijke achtergronden) van de cliënt te krijgen? Zoals we weten ontpopte Rogers zich als een fel tegenstander van diagnostiek voorafgaande aan de therapie. Het zou alleen maar stigmatiserend werken en de therapeut bovendien te veel in een expertpositie plaatsen (Rogers, 1951).

Het was daarom interessant de panelleden en de andere deelnemers aan de eerste bijeenkomst hierop te bevragen. Maar vooreerst werden er vragen gesteld over het totstandkomen van het contact met de cliënt. Wat doen we als een nieuwe cliënt ons opbelt? In hoeverre gaan we dan op diens problematiek

in? Verwijzen we meteen door als we het gevoel krijgen dat de cliënt aan het verkeerde adres is?

Wat in de beantwoording opvalt is dat de meeste collegae (70%) meteen al wat (algemene) gegevens opneemt, met als doel een eerste inschatting te maken omtrent de 'behandelbaarheid' van de cliënt met (deze vorm van) therapie. Een enkele doet dat ook om de cliënt te wijzen op de financiële gevolgen van het in therapie gaan. Als nadeel wordt gezien het onpersoonlijke karakter van een telefonisch onderhoud. Het sowieso maken van een afspraak voor een eerste gesprek voorkomt bovendien een te snelle beslissing (van weerskanten) ten aanzien van het wel of niet in therapie gaan. Toch wijst tegen de 60% van de collegae op grond van dit eerste telefonische contact een cliënt wel eens af. Ruim een derde noteert meteen al wat persoonlijke indrukken.

Indien er sprake is van een wachtlijst voert men meestal op korte termijn een spreekuur/intakegesprek met de potentiële cliënt. Slechts 30% wacht met het eerste contact tot men daadwerkelijk met de therapie kan beginnen. In dit verband werd door een van de forumleden erop gewezen dat een eerste gesprek veel kan losmaken; het is daarom niet goed een dergelijk gesprek te voeren, als de cliënt vervolgens een tijd moet wachten. Een ander lid van het forum stelde daar tegenover dat het bezwaarlijk is om er na pakweg drie maanden achter te komen dat het niet klikt. Hij vindt het daarom juist goed om zo spoedig mogelijk een oriënterend gesprek te voeren, zodat men van weerskanten de keuze kan maken al of niet met elkaar in zee te gaan. Overigens laat men de wachttijd nogal afhangen van de urgentie van de problematiek van de cliënt en voert men tijden de wachtperiode soms (35%) laagfrequente gesprekken.

Ten aanzien van de intakeprocedure voert men meestal enkele (eventueel van te voren afgesproken) oriënterende gesprekken teneinde een goed beeld te krijgen van wat er bij de cliënt speelt en om de cliënt voor de therapie te motiveren. In een eerstelijns setting kiest men er doorgaans voor om zo snel mogelijk 'aan het werk' te gaan, aangezien men meestal maar zo'n zeven à acht gesprekken tot zijn beschikking heeft. In een RIAGG-omgeving doet men meestal niet zelf de intake, maar wordt dat door een willekeurig andere hulpverlener gedaan. Bij het kijken naar welk therapieaanbod het beste zou kunnen passen wordt primair uitgegaan van wat de cliënt zelf wil, hoe deze zou willen werken. Het adviesgesprek aan het eind van de intake heeft dan ook meer het karakter van een onderhandelingsgesprek. De deelnemers aan de discussie leken het met elkaar eens dat men een cliënt moet informeren over wat er aan de hand is. De vraag die meer lijkt te spelen is of men dit doet door middel van een DSM-diagnose of dat men een meer algemene omschrijving geeft. Een forumlid stelde dat het bepalen van een DSM-diagnose in instellingen verplicht is. Een dilemma is dat enerzijds een diagnose stigmatiserend kan werken, het anderzijds ook helpend kan zijn voor de cliënt om te weten dat er een naam is voor zijn/haar klachten. Een ander forumlid bepleitte het geven een voorlopige verklaring van de klachten, waarna gekeken wordt hoe eraan gewerkt kan worden om een en ander te veranderen. Wat betreft de geschatte duur van de behandeling zegt 44% van de respondenten daar altijd iets over, 35% soms en 18% nooit iets. Eveneens 44% legt de cliënt mondeling uit wat de behandeling zal inhouden; een iets groter percentage laat dit vergezeld gaan door schriftelijke informatie. Interessant is de vraag in hoeverre men informatie bij een eventuele vorige behandelaar inwint. Wie kent niet het spanningsveld tussen het volledig onbevooroordeeld tegenover de cliënt willen staan en de wens om bij voorbaat zo goed mogelijk over de cliënt geïnformeerd te zijn? Uit de enquête blijkt dat zo'n

30% van de cliëntgerichte therapeuten altijd bij vorige behandelaars informatie opvraagt, zo'n 60% doet dat alleen in bepaalde gevallen (bijvoorbeeld bij ernstige problematiek). Wanneer men informatie inwint, doet men dit vaak zo snel mogelijk; bijna 40% wacht er echter toch even mee om eerst een eigen indruk te kunnen vormen.

Ten aanzien van het gebruik van psychologische tests/vragenlijsten bij de intake ontspan zich tijdens de eerste bijeenkomst naar verwachting een interessante discussie. De praktijk in instellingen en van zelfstandig gevestigden is in dit opzicht duidelijk anders. In veel instellingen lijkt het meer vanzelfsprekend om tests en vragenlijsten in te zetten dan in de eigen praktijken. Een van de forumleden, werkzaam in de eerste lijn, gaf aan korte vragenlijsten, zoals de NVM en de NVP, te gebruiken om de structuur van het probleem helder te krijgen. Een ander forumlid zei ook wel testmateriaal te gebruiken, maar niet ten behoeve van de diagnostiek. Hij gebruikt onder andere de Rorschach om nieuwe thema's naar voren te krijgen als de therapie vastloopt. Inventariserend blijkt precies de helft van de geënquêteerden tests en/of vragenlijsten in te zetten bij het stellen van een diagnose. De meerderheid past het instrumentarium aan de omstandigheden aan, waarbij de SCL-90 de meest populaire vragenlijst blijkt te zijn (wordt door 25% van de gebruikers afgenomen). Dat is een aanmerkelijk percentage voor cliëntgerichte psychotherapeuten, die toch niet zozeer klachtgericht, als wel persoonsgericht zeggen te werken! Andere redelijk populaire vragenlijsten zijn de MMPI (door 16% gebruikt), de NVM (14%) en de UCL (9%). Een klein gedeelte van de ondervraagden zet psychodynamisch georiënteerd instrumentarium in, zoals het Ontwikkelingsprofiel van Abraham (4,5%) en de ZAT (4,4%).

Op de vraag of men naar aanleiding van de intake een behandelplan opstelt, antwoordt ruim de helft bevestigend. Ruim een derde doet dit zo nu en dan. Er is in dit opzicht een duidelijk verschil tussen collega's die in een instelling werken en de zelfstandig gevestigden. De laatsten doen dit veel minder dan de eersten. In de forumdiscussie over dit onderwerp werd het nut van een behandelplan betwijfeld, 'want je weet van tevoren niet waar je bij de therapie uitkomt'. Aan de andere kant kan het voor de therapeut verhelderend werken en heeft men iets om op terug te vallen. Tegelijkertijd zou het altijd bijgesteld moeten kunnen worden. Opgemerkt werd dat, als men tevoren geen behandelplan opstelt, men de cliënt tenminste duidelijkheid inzake de therapeutische werkwijze zou moeten geven, opdat deze hier al dan niet mee kan instemmen. Opvallend was dat niemand refereerde aan de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), die in dit opzicht dwingende regels voorschrijft!

## De regels van het spel

Het was de bedoeling tijdens de eerste bijeenkomst ook nog de spelregels die in de therapieruimte gelden, ter discussie te stellen. Door tijdnood gedwongen moesten deze vragen doorgeschoven worden naar de tweede bijeenkomst, waarin het verloop van de therapie onderwerp van gesprek was. Voor de enquête had dit tot gevolg dat de betreffende vragen door meer mensen beantwoord werden ( $n = 72$ ) dan de eerder en later gestelde vragen.

Een van de vragen betrof het al dan niet tutoyeren van elkaar. Hoe gaan therapeut en cliënt daarmee om? Een kleine 30% van de aanwezigen zei hun cliënten altijd te tutoyeren. Nog geen 5% doet dat nooit; de rest laat het afhangen van de leeftijd van de cliënt, respectievelijk pleegt daar overleg over

met de cliēnt. In de helft van de gevallen stelt men dit aspect dan zelf aan de orde, veelal onmiddellijk in het eerste gesprek; een kwart van de respondenten wacht daarmee tot de cliēnt er over begint. Met name wanneer het leeftijdsverschil met de cliēnt groot is, komt het nogal eens voor (47%) dat de cliēnt de therapeut blijft voutsvoyeren, terwijl de therapeut de cliēnt tutoyeert. Omgekeerd komt duidelijk minder vaak voor, maar toch nog in bijna 28% van de gevallen. Dit zijn interessante bevindingen tegen de achtergrond van de opvattingen over de therapeutische relatie, juist waar cliēntgerichte therapeuten gelijkwaardigheid hoog in hun vaandel hebben. Hoewel we dit niet in dit onderzoek hebben kunnen nagaan wijken cliēntgerichte therapeuten in dit opzicht waarschijnlijk sterk af van hun analytische collegae, die in principe al hun cliēnten/patiēnten voutsvoyeren. Alleen als deze erg jong is zullen zij de cliēnt tutoyeren. Een charmante oplossing voor dit soms toch lastige probleem kwam van een van de aanwezigen, die zijn cliēnten altijd aan het begin van het eerste gesprek vraagt hoe zij zich het liefst door hem laten aanspreken: met 'u' of met 'jij', daarmee de keuze volledig aan de cliēnt latend.

Waar nooit over geschreven wordt en ook zelden over gesproken, is het al dan niet aanbieden van koffie of thee (of iets anders) aan de cliēnt. Toch lijkt het een niet onbelangrijke sfeerbepaler in de therapeutische ruimte. Voor bijna de helft van de ondervraagden is dat een taboe, in ieder geval niet aan de orde. Als argumenten worden genoemd: 'Therapie is (hard) werken en niet een gelegenheid om gezellig een kopje koffie met elkaar te drinken', 'Gelet op de korte tijd van een therapieeur is het niet de moeite waard daar zoveel tijd aan te besteden', of men vindt het steeds halen van koffie/thee gewoon een onhandig gedoe. De 25% van de aanwezigen die hun cliēnten wel koffie of thee aanbiedt, doet dat omdat 'het voor een ontspannen sfeer zorgt waardoor mensen zich op hun gemak voelen', 'het goed is voor de therapeutische relatie', of omdat het als een normale omgangsvorm wordt gezien. Het is grappig om te constateren dat bijna 20% van de respondenten alleen koffie of thee aanbiedt, als men zelf aan een kopje toe is.

Een duidelijke spelregel hieromtrent bestaat dus niet. Dit in tegenstelling, lijkt het wel, tot het roken in de therapiekamer, dat door 90% van de aanwezigen niet toegestaan wordt. Hierbij volgt men klaarblijkelijk de algemeen maatschappelijke trend van het rookverbod in openbare ruimten. Dat is toch wel opmerkelijk, omdat er in psychiatrische instituten vaak wel geroookt mag worden en er bovendien wel wat voor het argument valt te zeggen dat roken kalmeert en de cliēnt dus op zijn gemak kan stellen.

Een andere spelregel in het therapeutisch contact die we de moeite van het bespreken waard vonden betreft het de cliēnt met het gesprek laten beginnen. In cliēntgerichte kring is dat immers een stelregel? Het antwoord daarop lijkt wat dubbelzinnig: 37,5% van de respondenten zei het initiatief altijd volledig bij de cliēnt te laten, maar bijna 60% opent zelf ook wel eens het gesprek. Dat doet men dan vooral met vragen als: 'Waar wilt u het vandaag over hebben?', daarmee het initiatief uiteindelijk toch weer bij de cliēnt leggend. Hoe dan ook, het is de cliēnt die het gespreksonderwerp bepaalt, hetgeen volledig in overeenstemming met de cliēntgerichte uitgangspunten is.

Is dat ook het geval ten aanzien van een heel andere kwestie, namelijk dat van het geven van (on)gevraagd advies? We onderscheidten hierbij een drietal situaties:

- 1 de cliēnt vraagt advies;
- 2 een externe instantie vraagt advies inzake de cliēnt (bijvoorbeeld met betrekking tot een uitkeringskwestie);

3 een bezorgd familielid neemt contact op om te vragen hoe ten aanzien van de cliënt te handelen.

De diverse antwoorden op deze open gestelde vraag samenvattend blijkt men in het eerste geval (de cliënt vraagt om advies) vaak eerst de betekenis van de vraag te onderzoeken (32%; bijvoorbeeld: 'Wat maakt dat je je zo onmachtig voelt?'), om (vervolgens) de cliënt te helpen zelf een antwoord op de gestelde vraag te vinden, waarbij men zich of nadrukkelijk onthoudt van het geven van een advies (30%), of soms, afhankelijk van de situatie, wel bereid is het gevraagde advies te geven (22%); sommige collega's geven alleen advies in een steunende behandeling (8,5%), terwijl bijna 7% er geen been in ziet zonder meer de cliënt van advies te voorzien. Dat laatste gebeurt dan wel in de vorm van het de cliënt voorspiegelen hoe men zelf met een dergelijke situatie om zou gaan casu quo in het verleden omgegaan is. Indien een externe instantie om advies vraagt, dan is de helft van de respondenten bereid daar aan mee te werken na overleg en met toestemming van de cliënt; bijna een kwart weigert om principiële redenen medewerking en gaat niet op het betreffende verzoek in. Een klein gedeelte (9%) zegt zonder meer het advies te geven, terwijl een even groot aantal wel bereid is om informatie over het ziektebeeld te verschaffen, maar niet om een advies omtrent de cliënt uit te brengen. Een zelfde percentage zegt daartoe wel bereid te zijn als het verzoek van een collega-psychotherapeut afkomstig is. In het geval het een familielid is die, al dan niet onttrekkend, opbelt om te vragen hoe te handelen, weigert bijna een derde van de respondenten daar op in te gaan, althans buiten de cliënt om, en zegt 20% een zeer terughoudende houding aan te nemen. Eventueel licht men zijn vertrouwenspositie toe, verwijst men naar de huisarts of in voorkomende gevallen naar een collega. Slechts 5% is bereid het gevraagde advies te geven. Tegenover deze terughoudendheid staat een grote bereidheid van cliënt-gerichte psychotherapeuten om in een lopende behandeling derden, zoals de partner of de kinderen van de cliënt, in de behandeling te betrekken. Ruim 70% zegt deze wel eens voor een gesprek uit te nodigen.

Eenzelfde percentage stelt de cliënt wel eens voor om naast de therapie ook medicijnen te gebruiken. Als dit aan de orde is en men als niet-medicus het gewenste medicijn niet zelf kan verstrekken, moedigt men de cliënt aan dit via zijn/haar huisarts te regelen (ruim 25%), of toont men zich bereid hierover overleg met de huisarts te plegen (55%). Slechts een gering percentage (8%) probeert de cliënt van medicijngebruik af te houden.

Interessant is de vraag hoe men reageert als de cliënt tijdens de therapie moet worden opgenomen. Gelet op de relatief grote non-response op deze vraag, doet een dergelijke situatie zich blijkbaar sporadisch voor. Heeft men er wel mee te maken, dan blijkt ongeveer de helft van de respondenten wel contact met de cliënt te houden, bijvoorbeeld door op bezoek te gaan, een telefoontje te plegen, een kaartje te sturen, of indirect via de huidige hulpverlener. Dat laatste gebeurt ook om over het verloop van de opname geïnformeerd te blijven.

Op de vraag of cliënten tussen de zittingen door mogen bellen als zij het moeilijk hebben, geeft het merendeel (87%) een bevestigend antwoord. Lang niet iedereen wil echter thuis gebeld worden (55%). Doorgaans staat men in dat geval de cliënt kort te woord en verwijst men vervolgens naar de volgende afspraak (84%).

De cliënt opbellen wanneer deze zonder afbericht niet op het therapie-uur is verschenen wordt, omgekeerd, ook als een inbreuk op de privacy (in dit geval van de cliënt) beschouwd. Dit wordt daarom meestal niet gedaan. Slechts 10% van de therapeuten neemt direct na het betreffende uur contact



met de cliënt op, of laat dit door iemand anders (assistent/receptionist) doen. Maar meestal wacht men rustig af of de cliënt op de volgende afspraak verschijnt (26%), danwel uit zichzelf contact opneemt (29%). Als dat laatste niet gebeurt, neemt zo'n 15% van de respondenten het initiatief tot een contact, veelal door middel van het schrijven van een briefje.

## Het eind in zicht

Naar goed rogeriaans gebruik is het in principe aan de cliënt om te bepalen wanneer de therapie beëindigd kan worden. Deze zal daartoe besluiten, zodra hij daar klaar voor is. Volgens Rogers zou dit niet leiden tot een therapie die langer duurt dan nodig is. Het einde van de therapie zou zelfs eerder komen dan de therapeut verwacht (Rogers, 1942, p. 229).

Toch noemt Rogers een tweetal situaties, waarin de therapeut de beëindiging ter sprake zou moeten brengen. Ten eerste is dat de situatie waarin de therapeut de indruk heeft dat de cliënt daaraan toe is. De therapeut moet het thema van het beëindigen van de therapie dan aan de orde stellen, omdat de cliënt anders het gevoel zou kunnen krijgen dat de therapeut niet wil dat hij weggaat (Rogers, 1942, p. 231). Ten tweede wijst Rogers op de situatie dat er geen vooruitgang meer wordt geboekt. De therapeut zou in dit geval niet 'eindeeloos' door moeten gaan met de therapie, maar in plaats daarvan dit punt met de cliënt bespreken en eventueel het beëindigen van de therapie moeten overwegen (p. 237). Leijssen (1995, p. 209) merkt terecht op dat bij afhankelijke cliënten het initiatief ook vaak van de therapeut moet komen. Volgens haar komt het vaak bij een 'rijpe beëindiging' voor dat therapeut en cliënt gelijktijdig aan de mogelijkheid van beëindiging denken. Wie dit dan als eerste verwoordt en daarmee het initiatief neemt, maakt dan niet zoveel uit (p. 207). Bij onze geënquêteerden kwamen inderdaad therapeut en cliënt veelal in samenspraak tot het besluit de therapie te beëindigen (44%); vaak was het echter ook de cliënt die daartoe het initiatief nam (35%); slechts in 15% van de gevallen deed de therapeut dat.

Maar wanneer is de tijd gekomen om de therapie te beëindigen? Volgens Leijssen zijn daar geen algemene regels over te formuleren. De beslissing daartoe heeft altijd een subjectief karakter. Het kan zijn dat de cliënt beter in staat is om met problemen om te gaan en daardoor aan beëindiging toe is ('De cliënt moet het gevoel hebben op belangrijke levensterreinen zichzelf te kunnen zijn', *ibid.*, p. 198), of dat de therapie juist stagneert. Ook kunnen externe omstandigheden, zoals verandering van werk of woonplaats tot de beëindiging van een therapie leiden. Ten slotte kan de financiering van de therapie een rol spelen, bijvoorbeeld wanneer het maximum aantal door de verzekering toegekende sessies is bereikt. Volgens Müller-Ebert (2001) trachten veel therapeuten dit laatste probleem te ondervangen door lang van tevoren de frequentie van de sessies te verminderen of voor te stellen dat de cliënt zelf gaat betalen. Voor de therapeuten uit onze enquête was het effect van de behandeling ('er is voldoende vooruitgang geboekt, of juist niet: er valt geen eer te behalen') meestal de reden om de therapie te beëindigen (ruim 67%). In 15% van de gevallen was het gebrek aan voldoende financiële armslag de boosdoener.

Er zijn doorgaans twee manieren waarop beëindiging van de therapie kan plaatsvinden. Ten eerste het 'harde' afscheid, waarbij de frequentie van de zittingen tot aan de einddatum ongewijzigd blijft. Ten tweede 'fading out', waarbij de tijd tussen de zittingen steeds groter wordt gemaakt. Rogers (1942)

was het met deze laatste wijze van werken niet eens. Het eind zou volgens hem net zo scherp omlind moeten zijn als het begin. Als het contact langzaam uitdooft, steeds oppervlakkiger wordt of eindigt met het niet komen opdagen van de cliënt, dan zou dit duiden op een tekortkoming van de therapeut (Rogers, 1942, p. 223). Leijssen (1995) opteert in haar praktijk juist wel voor frequentievermindering, opdat de cliënt geleidelijk aan kan ervaren hoe het zonder de regelmatige gesprekken gaat. Door samen met de cliënt een einddatum vast te stellen, ontstaat er tijd om gevoelens die met het afscheid gepaard kunnen gaan door te werken. Van de door ons ondervraagde collegae verlaagt ruim de helft tegen het einde van de therapie de frequentie van de sessies. Er zijn er ook die zich hierin laten leiden door de aard van de behandeling: bij een steunende therapie wordt de frequentie wel verlaagd; bij een inzichtgevende behandeling blijft de frequentie intact.

Het kan natuurlijk ook voorkomen dat de cliënt plotseling uit de therapie wegblijft. We spreken dan van 'drop-out'. Als de cliënt zonder bericht wegblijft, moet de therapeut volgens Rogers (1942) het voor de cliënt zo gemakkelijk mogelijk maken om desgewenst terug te komen. De cliënt een brief schrijven, waarin het initiatief voor een afspraak bij de cliënt wordt gelaten, vindt hij een daar goede manier voor. Tweederde van onze respondenten neemt in een dergelijk geval na een paar dagen contact met de cliënt op om te informeren waarom deze weggebleven is. Bijna een kwart wacht af totdat de cliënt zelf weer contact opneemt.

Cliënten voelen bij beëindiging van de therapie volgens Leijssen naast verlies en verdriet vaak ook dankbaarheid om wat er gedeeld werd. Ze beschrijft hoe in de laatste sessie, naast het afscheidsthema, ook aandacht besteed wordt aan dingen die in de relatie zijn blijven liggen. Veelal probeert ze iets persoonlijks tegen de cliënt te zeggen, bijvoorbeeld over wat haar geraakt heeft. Behalve dat er op (de betekenis van) de therapie teruggekeken wordt, benadrukt zij dat het einde van de therapie ook als een nieuw begin gezien kan worden.

Müller-Ebert (2001) trof tevredenheid en opluchting als kenmerkende gevoelens van therapeuten bij het afscheid aan. Daarnaast zouden met name cliëntgerichte therapeuten ook vaak negatieve gevoelens hebben. Zij veronderstelt dat dit samenhangt met de moeite die cliëntgerichte therapeuten hebben met het afsluiten van de therapie. Gedragstherapeuten maakten in haar onderzoek weinig melding van bepaalde gevoelens rondom de beëindiging. Volgens Müller-Ebert zou dit komen door hun sterke identificatie met de professionele rol en een meer gedistantieerde opstelling.

Soms willen cliënten hun dankbaarheid uitdrukken door een cadeau te geven aan de therapeut. Behalve waardering voor wat de therapie voor hen betekend heeft, kan het volgens Welfel (1998) echter ook zijn dat cliënten hiermee iets van zichzelf bij de therapeut achter willen laten, om zo het vertrek voor zichzelf gemakkelijker te maken. Müller-Ebert ziet het als een vermijding van het afscheid, omdat het cadeau ervoor zorgt dat de cliënt in de herinnering van de therapeut aanwezig blijft. De vraag is en blijft natuurlijk wanneer men wel of niet een cadeau(tje) van de cliënt aanneemt. Leijssen stelt dat zij bij het einde van de therapie kleine cadeaus gewoon, zonder verdere bevraging, aanneemt. Op andere momenten in de therapie gaat zij de betekenis hiervan bij de cliënt na en zal zij het cadeau meestal weigeren (Leijssen, 1995, p. 208). Volgens Welfel (1998) zou het aannemen van cadeaus slechts ethisch verantwoord zijn als aan drie criteria is voldaan. Ten eerste moet het aannemen van het cadeau het welzijn van de cliënt bevorderen. Verder zou het de objectiviteit van de therapeut of de mogelijkheid tot competente

dienstverlening niet in gevaar mogen brengen. Ten derde zou het cadeau, als aandenken van waardering, overeen moet komen met de culturele normen van de cliënt en slechts een kleine geldelijke waarde mogen vertegenwoordigen. Het aannemen van een duur cadeau zou de objectiviteit van de therapeut kunnen verminderen, waardoor deze minder goed met de betreffende cliënt zou kunnen werken (Welfel, 1998, p. 178). Thompson (1990) geeft aan dat per cliënt de betekenis voor het geven van een cadeau verschilt, hetgeen impliceert dat men bepaalde cliënten geen recht zou doen door het cadeau te weigeren (p. 60). Welfel voegt hieraan toe dat het geven van een cadeau bij sommige cliënten een belangrijk ritueel kan zijn bij het afsluiten van de therapie en dat een therapeut een goede afronding door het (kleine) cadeau te weigeren tegen zou gaan, vooral als een cliënt er geen idee van had dat een cadeau geven misschien ongepast zou zijn (Welfel, 1998, p. 179). Thompson en Welfel zijn het er dus over eens dat het geen goed idee is om cadeaus zonder meer te weigeren. In een Amerikaans onderzoek onder de leden van de Sectie Psychotherapie van de APA (Borys & Pope, 1989) werd gevonden dat de meeste therapeuten een kleine gift (waarde onder de \$5) zonder problemen accepteren, maar moeite hebben met een gift van boven \$50. Van onze geënquêteerde psychotherapeuten zei zo'n 35% een cadeau altijd aan te nemen. Voor 57% wordt het problematisch als deze een waarde te boven gaat van 10-15 euro. Het liefst ziet men een bloemetje ten afscheid, want 'deze staan een tijdje en dan gooi je ze weg'. Leuk was het om van met name de forumleden te horen dat de laatste sessie er anders dan gewoonlijk uitziet: intenser, emotioneler, bijzonder, spannend en een grotere wederkerigheid. Verder wordt gesproken over de voldoening die de laatste sessie geeft: 'het is af, iets is meer heel geworden'. Wel wordt opgemerkt dat het belangrijk is dat men ook deze laatste keer toch gewoon therapeut blijft. Ook zou men de behoefte om de cliënt in het laatste gesprek nog van alles mee te geven, beter kunnen onderdrukken, aangezien dit de cliënt zou kunnen belasten.

Een van de laatste vragen aan het forum en de aanwezigen tijdens de laatste bijeenkomst betrof het al dan niet afspreken van een follow-up-gesprek na beëindiging van de therapie. Slechts 5 van de 71 respondenten spreekt altijd een follow-up-gesprek af; 47 collega's (= 66%) zeggen dat af en toe te doen, terwijl 15 (= 21%) dit nooit doen. 'Klaar is klaar' merkte een forumlid hierbij op, hoewel hij het wel jammer vond nooit te horen hoe het zijn cliënten verder verging. In sommige instellingen is het voeren van een follow-up-gesprek in het kader van kwaliteitsbewaking routine en wordt dan vaak door de hulpverlener die de intake bij de betreffende cliënt heeft gedaan, uitgevoerd. Eventueel volstaat men met het toesturen van een vragenlijst. Volgens Swildens (1988, 1997) zouden follow-up-gesprekken bij sommige cliënten niet van pas komen, omdat ze het afscheid nemen te veel zouden bemoeilijken. Men moet niet te gemakkelijk achterdeurvoorzieningen voor de cliënt openhouden, zo waarschuwt hij. Barrett-Lennard (1991) vindt het daarentegen juist goed om de deur op een kier te houden, voor het geval de cliënt weer behoefte aan contact heeft. Müller-Ebert (2001) constateert dat veel therapeuten hun cliënten bij het afscheid al dan niet expliciet uitnodigen om zonodig weer contact op te nemen. Cliëntgerichte en gedragtherapeuten bieden in dat geval vaak een aantal ondersteunende gesprekken aan; psychoanalytici en Gestalttherapeuten zien daar weinig heil in. Deze constatering strookt met de antwoorden van onze geënquêteerden: zo'n 38% zegt bij een eventuele heraanmelding enkele ondersteunende gesprekken af te spreken; ruim 13% start opnieuw een behandeling en zo'n 11% verwijst in dat geval de cliënt door naar een collega (ruim 31% kon op deze vraag geen eenduidig antwoord geven).

### Enkele conclusies

Uit onze enquête blijkt ten eerste dat de intakeprocedure bij cliëntgerichte psychotherapeuten veelal uit meerdere gesprekken bestaat, conform de aanbevelingen van Hamelinck en Van Audenhove (1991). Naast het informatie-inwinnende aspect is het belang ervan vooral ook de cliënt voor een eventuele behandeling te motiveren. Ruim driekwart van de respondenten gebruikt de intake tevens om de cliënt te informeren over wat er aan de hand is. Volgens de WGBO zijn therapeuten trouwens verplicht dit te doen, evenals het informeren van de cliënt over de (aard van de) behandeling. Dit laatste wordt door vrijwel alle respondenten in ieder geval mondeling gedaan. Ongeveer de helft van hen geeft daarbij ook schriftelijke informatie. Opmerkelijk is dat ongeveer de helft van de respondenten testmateriaal gebruikt om een diagnose te stellen. Dit blijken vooral therapeuten te zijn die in instellingen werken. De vragenlijsten en dergelijke worden overigens meestal niet 'standaard' afgenomen, maar aan de omstandigheden aangepast. Het radicale standpunt van Rogers (1951) dat diagnostiek overbodig is en zelfs schadelijk kan zijn, lijkt hiermee achterhaald.

Wat betreft het geven van advies lijkt de visie van Rogers nog wel actueel: ruim 80% gaat daar niet (meteen) op in, maar onderzoekt (eerst) de betekenis van een dergelijke vraag, of helpt de cliënt zelf een antwoord te vinden. Bij verzoeken van anderen, bijvoorbeeld externe instanties, om advies, stelt men zich doorgaans zeer terughoudend op, zoals dat volgens de WGBO ook hoort.

Slechts de helft van de respondenten stelt een behandelplan op en legt dit voor aan de cliënt (wat volgens de WGBO wel zou moeten!). In de discussie werd het nut van een behandelplan door sommigen sterk betwijfeld, daar waar anderen het opstellen van een dergelijk plan juist professioneel en verhelderend vinden.

Ten aanzien van de werkwijze van de forumleden en de respondenten kan gesteld worden dat er zeer gevarieerd gewerkt wordt, hoewel de persoonsgerichte, procesgerichte en interactionele aanpak domineert. Er wordt weinig klachtgericht gewerkt, hetgeen in overeenstemming is met de cliëntgerichte theorie. Ruim 75% van de geënquêteerden stelt de cliënt wel eens voor om naast de therapie medicijnen te gebruiken. Relatief veel therapieën worden als langerdurend aangemerkt. De helft van de respondenten prefereert een verlaging van de frequentie van de sessies tegen het einde van de therapie; een kleine 20% stelt op een gegeven moment een einddatum vast. Meer dan een derde laat het initiatief tot beëindiging van de therapie aan de cliënt over; slechts 15% van de respondenten neemt daartoe meestal zelf het initiatief. In de overige, ongeveer 45% van de gevallen is sprake van een gezamenlijk initiatief. Het behaalde resultaat is veruit de belangrijkste reden om een therapie te beëindigen. De factor tijd blijkt hierbij nauwelijks een rol te spelen. Bijna tweederde van de cliëntgerichte psychotherapeuten voert soms follow-up-gesprekken. Ongeveer een vijfde zegt dit nooit te doen. Men toont zich verdeeld over het nut hiervan. Sommigen vinden dat dit het afscheid nemen bemoeilijkt, anderen vinden het juist belangrijk dat de deur op een kier open blijft staan. Tegelijkertijd is er het argument van de kwaliteitsbewaking. In instellingen kan de follow-up gemakkelijker door de intaker worden gedaan of eventueel schriftelijk. In eigen praktijken ligt dat wat gecompliceerder.

Uit de door ons verzamelde gegevens valt niet op te maken in hoeverre cliëntgerichte therapeuten anders werken dan hun collega's uit andere denominaties. We hebben immers uitsluitend cliëntgerichte psychotherapeuten geënquêteerd. Toch lijkt een aantal uitkomsten typisch voor de praktijk

van cliëntgerichte psychotherapeuten, zoals een grote terughoudendheid ten aanzien van het geven van adviezen, het niet of nauwelijks klachtgericht werken, het naar verhouding grote aantal langdurige therapieën, de beëindiging van de therapie waartoe de cliënt vaak zelf het initiatief neemt. Verrassend was de bevinding dat de helft van de ondervraagden zei psychologische tests te gebruiken ter ondersteuning van de diagnostiek aan het begin van de behandeling. Houdt dat verband met de wettelijke verplichting (WGBO) om voorafgaand aan de therapie een behandelingsplan op te stellen, of is men het na een halve eeuw niet in alle opzichten meer eens met Rogers (1951), die stelde dat diagnostiek onnodig, zo niet schadelijk zou zijn voor het therapeutische proces? Het zal wel een beetje van beide zijn.

### Correspondentieadres

Dr. Roelf Jan Takens  
Vrije Universiteit, Afdeling Klinische Psychologie  
Van de Boechorststraat 1  
1081 BT Amsterdam  
e-mail: rj.takens@psy.vu.nl

### Noot

<sup>1</sup> De drie vragenlijsten met de antwoorden van de respondenten zijn bij de eerste auteur opvraagbaar.

### Literatuur

- Barrett-Lennard, G.T. (1990). The therapy pathway reformulated. In: G. Lietaer, J. Rombauts & R. Van Balen (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the nineties* (pp. 123-153). Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Borys, D.S., & Pope, K.S. (1989). Dual relationships between therapist and client: A national study of psychologists, psychiatrists, and social workers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20, 283-293.
- Hamelinck, L. & Van Audenhove, Ch. (1991). Intake en indicatiestelling. In: H. Swildens, O. de Haas, G. Lietaer & R. Van Balen (Red.), *Leerboek gesprekstherapie* (pp. 269-299). Amersfoort/Leuven: Acco.
- Leijssen, M. (1995). *Gids voor gesprekstherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Lietaer, G., & Vertommen, H. (1986). Een client-centered intakegesprek: Commentaar en wedercommentaar. In: R. Van Balen, M. Leijssen & G. Lietaer, *Droom en werkelijkheid in client-centered psychotherapie* (pp. 127-150). Leuven, Amersfoort: Acco.
- Müller-Ebert, J. (2001). *Trennungskompetenz; Die Kunst Psychotherapien zu beenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schagen, S. (1985). *De praktijk van de psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Swildens, J.C.A.G. (1988, 1997). *Procesgerichte gesprekstherapie*. Utrecht: De

- Tijdstroom.
- Thompson, A. (1990). *Guide to ethical practice in psychotherapy*. New York: Wiley.
- Welfel, E.R. (1998). *Ethics in counseling and psychotherapy*. Brooks: Cole Publishing Company.